

CONDADO DE SAN DIEGO

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Por el presente, autorizo el uso o la divulgación de la información sobre la salud de la persona indicada tal como se describe a continuación.

FECHA:

PACIENTE / RESIDENTE / CLIENTE

Form with fields: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL, DIRECCIÓN, CIUDAD/ESTADO, CÓDIGO POSTAL, NÚMERO DE TELÉFONO, Nº DE SEGURO SOCIAL, FECHA DE NACIMIENTO.

SEUDÓNIMOS:

LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN ESTÁ AUTORIZADA A REALIZAR LA DIVULGACIÓN.

Form with fields: APELLIDO DE LA PERSONA O ENTIDAD (COUNTY OF SAN DIEGO - CMH), NOMBRE (N/A), INICIAL (N/A), DIRECCIÓN (3255 CAMINO DEL RIO, S.), CIUDAD/ESTADO (SAN DIEGO, CA), CÓDIGO POSTAL (92108), NÚMERO DE TELÉFONO (619) 563-2756, FAX (858) 467-9092, FECHA.

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN Y TAMBIÉN SER UTILIZADA POR ÉSTA.

Form with fields: APELLIDO DE LA PERSONA O ENTIDAD (COUNTY OF SAN DIEGO CONTRACT PROVIDERS OR OTHERS SEE PAGE 4 FOR LIST OF PROVIDERS), NOMBRE (N/A), INICIAL (N/A), DIRECCIÓN (N/A), CIUDAD/ESTADO (N/A), CÓDIGO POSTAL (N/A), NÚMERO DE TELÉFONO (N/A), FECHA.

Form with fields: FECHAS DE TRATAMIENTO, PROPÓSITO DE LA SOLICITUD (checkbox A SOLICITUD DE LA PERSONA).

County of San Diego

Client: \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Record Number: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA (MARCAR SEGÚN CORRESPONDA):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico   | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas                                |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta  | <input type="checkbox"/> Registros de farmacia                          |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso  | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas                           |
| <input type="checkbox"/> Registros de medicación  | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería                            |
| <input type="checkbox"/> Interpretación de imágenes: radiografías, ecografías, etc.                                 | <input type="checkbox"/> Registros de facturación                       |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Registros de rehabilitación por drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros dentales   | <input type="checkbox"/> Registro completo                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes psiquiátricos, incluso consultas                                   | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>describir</i> ) _____                |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH/SIDA en sangre cualquier y toda referencia a esos resultados |   |

**Información delicada:** Entiendo que la información que figura en mi registro puede incluir datos relativos a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información relativa a servicios para el comportamiento o la salud mental o tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

**Derecho de revocación:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, en caso de que desee revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido dada a conocer sobre la base de esta autorización.

**Caducidad:** A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización caducará en la fecha o mediante el evento o con la condición siguiente: \_\_\_\_\_  
Si no especifico una fecha, evento o condición de caducidad, esta autorización caducará en un (1) año calendario a partir de la fecha en que sea firmada.

**Redivulgación:** En caso de que yo haya autorizado la divulgación de la información sobre mi salud a una persona que no tiene legalmente la obligación de mantenerla con carácter confidencial, entiendo que dicha información podrá ser redivulgada y ya no quedará protegida. En general, la legislación de California prohíbe a los receptores de información sobre salud redivulgarla, a excepción que se cuente con la autorización escrita del interesado o específicamente tal como lo exija o lo permita la ley.

**County of San Diego**

**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**Client:** \_\_\_\_\_

**Record Number:** \_\_\_\_\_

**Program:** \_\_\_\_\_

**Otros derechos:** Entiendo que el hecho de autorizar la divulgación de esta información sobre mi salud es voluntario y que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Para garantizar mi tratamiento, no es necesario que firme este formulario. Sin embargo, en caso de que esta autorización resulte necesaria a los fines de participar en un estudio de investigación, mi inscripción en dicho estudio podrá ser rechazada.

Entiendo que, según lo dispuesto en Código de Reglamentaciones Federales 45, sección 164.524, puedo inspeccionar o bien obtener una copia de la información que habrá de ser utilizada o divulgada.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, y deseo obtener la misma.

Sí     No

**FIRMA DE LA PERSONA O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA:

FECHA:

EN CASO DE QUE LA FIRMA CORRESPONDA A UN REPRESENTANTE LEGAL, INDICAR RELACIÓN O PARENTESCO CON LA PERSONA:

**PARA USO DE LA OFICINA**

**CONVALIDAR IDENTIFICACIÓN**

FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL:

FECHA:

**County of San Diego**

**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Client: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

**COUNTY OF SAN DIEGO  
 AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION  
 THERAPEUTIC BEHAVIORAL SERVICES**

By signing below, you are authorizing HHSA-TBS and its contract providers  
 (New Alternatives, Inc., and Mental Health Systems, Inc.)  
 to obtain and exchange information with all agencies so indicated on this page.

**ALL PROVIDERS LISTED**

- Aurora Behavioral Health
- Casa De Amparo
- Community Research Foundation
- Episcopal Community Services
- Family Health Center of SD
- Fred Finch Youth Center
- HHSA – AMHS
- HHSA - CMHS
- Medi-Cal
- Mental Health Systems, Inc.
- New Alternatives, Inc.
- North County Lifeline, Inc.
- Palomar Family Counseling
- Providence Community Services
- Public Conservator Office
- Rady Children’s Hospital / Outpt Psych

- San Diego Center for Children
- SAY
- SDYCS
- Sharp Mesa Vista
- St. Vincent de Paul
- Telecare Corporation
- UCSD-CAPS
- UPAC
- Vista Hill Foundation
- Walden Family Services
- YMCA
- Youth Enhancement Services

*Current Program or Therapist (write name):*

- Other: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE OF INDIVIDUAL OR LEGAL REPRESENTATIVE**

SIGNATURE:

DATE:

IF SIGNED BY LEGAL REPRESENTATIVE, RELATIONSHIP OF INDIVIDUAL:

**County of San Diego**

**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE  
 PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**Client:** \_\_\_\_\_

**Record Number:** \_\_\_\_\_

**Program:** \_\_\_\_\_